

一般社団法人埼玉県介護福祉士会 御中

令和元年度介護職種の技能実習指導員講習申込書（9/18締切）

10月 5日実施分

ふりがな		男・女	昭和・平成	年
氏名			月	日生
会員・非会員	(いずれかに○をつけ、会員の方は会員番号をご記載ください) 1. 会員 (会員番号:) 2. 非会員			
自宅住所 〒			TEL	
			Mail	
勤務先名称	(監理団体の方は監理団体名称を記載ください)			
勤務先住所 〒			TEL	
受講要件 (いずれかに○をつけてください)	1. 技能実習指導員 2. 実習生を受け入れる施設・事業所関係者 (技能実習指導員を除く) 3. 監理団体関係者 4. その他 ()			
資格及び 経験年数 (いずれかに○をつけ、経験年数をご記載ください)	1. 介護福祉士 経験年数 () 年程度 2. 看護師 経験年数 () 年程度 3. 准看護師 経験年数 () 年程度 4. 介護福祉士以外の介護職 経験年数 () 年程度 5 その他 () 経験年数 () 年程度			
收受印	受講票 (收受印を押印し、受講決定しましたので、本用紙を受付にてご提示ください。)			

【問い合わせ先】一般社団法人埼玉県介護福祉士会 事務局 (担当 池田)

TEL 048-871-2504 FAX 048-711-1239